






# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 728**

9 Ιουνίου 2003


## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

**ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ**



## ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Α/10595 (1)

Απλούστευση διαδικασιών και σύντμηση προθεσμιών διεκπεραίωσης διοικητικών ενεργειών αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 13 του άρθρου 25 του Ν. 2539/1997 «Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης» (ΦΕΚ 244/Α΄/4.12.1997).

2. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 10 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 5 του Ν. 1943/91 «Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης, αναβάθμιση του προσωπικού της και άλλες συναφείς διατάξεις» ΦΕΚ 50/Α/11.4.1991.

4. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του Ν. 2690/1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 45/Α).

5. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 154/Α΄/1992), με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29Α στο Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137/Α΄/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 39/Α΄/1997).

6. Την ανάγκη βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών προς τον πολίτη στον τομέα ευθύνης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Την 80088/31.10.2001 ΦΕΚ 1485/Β΄ απόφαση περί ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

8. Την ΔΙΔΚ/Φ1/2/22875/31.10.2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

9. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

10. Το γεγονός ότι η εξέλιξη της τεχνολογίας και των εφαρμογών της και η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας επιτρέπουν τη συντόμευση του χρόνου διεκπεραίωσης υποθέσεων των πολιτών, αποφασίζουμε:

Τροποποιούμε τις παρακάτω διαδικασίες προκειμένου να απλουστευθούν με την κατάργηση δικαιολογητικών, την αντικατάστασή τους με την υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986 ή την αναζήτησή τους υπηρεσιακά (οίκοθεν), ως εξής:

**Η υπηρεσιακή αναζήτηση εγγράφων γίνεται με τη συναίνεση του ενδιαφερόμενου πολίτη.**

| Α/Α | Διαδικασίες (ΙΚΑ) | Απλουστεύσεις |
|---|---|---|
| 1. | Συντάξεις αναπηρίας | Το πιστοποιητικό σπουδών, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά ή αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση. |
| 2. | Χορήγησης σύνταξης λόγω θανάτου (απονομή ή μεταβίβαση) | Το πιστοποιητικό σπουδών, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά |
| 3. | Απονομή σύνταξης γήρατος ΙΚΑ – ΤΕΑΜ | Το πιστοποιητικό σπουδών, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά |
| 4. | Απονομή σύνταξης αναπηρίας ΙΚΑ – ΤΕΑΜ | Το πιστοποιητικό σπουδών, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά |
| 5. | Βοήθημα τοκετού | Το πιστοποιητικό γιατρού, καταργείται. |
| **Διαδικασίες ΟΓΑ** | | |
| 6. | Απονομή σύνταξης ΟΓΑ ανασφάλιστου υπερήλικα. | **α)** Η ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον έχει γεννηθεί στην Ελλάδα).<br>**β)** Η βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον υπάρχει οικογενειακή μερίδα στην Ελλάδα).<br>**γ)** Η βεβαίωση άλλου ασφαλιστικού φορέα (στον οποίο είναι / ήταν ασφαλισμένοι), αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον έχουν δοθεί πλήρη στοιχεία ασφάλισης).<br>**δ)** Η ένορκη βεβαίωση δύο μαρτύρων σε ειρηνοδίκη ή συμβολαιογράφο, σε περίπτωση διάστασης, καταργείται. |
| 7. | Απονομή σύνταξης ΟΓΑ λόγω θανάτου. | **α)** Η ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων (όπου απαιτείται), αναζητείται υπηρεσιακά.<br>**β)** Η ληξιαρχική πράξη θανάτου, αναζητείται υπηρεσιακά.<br>**γ)** Η βεβαίωση λιμεναρχείου / αλιευτικού συλλόγου, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά.<br>**δ)** Η βεβαίωση δημάρχου, σε περίπτωση θανάτου από βίαιο συμβάν, καταργείται.<br>**ε)** Η ένορκη κατάθεση δύο (2) μαρτύρων, σε περίπτωση θανάτου από βίαιο συμβάν, καταργείται. |
| 8. | Απονομή σύνταξης ΟΓΑ λόγω αναπηρίας | **α)** Η ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον γίνει γνωστό το ληξιαρχείο).<br>**β)** Το πιστοποιητικό σπουδών, αναζητείται υπηρεσιακά<br>**γ)** Η βεβαίωση άλλου ασφαλιστικού φορέα, αναζητείται υπηρεσιακά.<br>**δ)** Η βεβαίωση λιμενικής αρχής / αλιευτικού συλλόγου, αναζητείται υπηρεσιακά.<br>**ε)** Η ένορκη κατάθεση δύο (2) μαρτύρων, σε περίπτωση συνταξιοδότησης λόγω ατυχήματος, καταργείται.<br>**στ)** Στην περίπτωση που απαιτείται πρόσφατη γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου για την πάθηση του αιτούντος, αυτή θεωρείται πρόσφατη εφόσον έχει εκδοθεί εντός ενός έτους από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης. |
| 9. | Βασική σύνταξη αναπηρίας σε ανίκανα για εργασία παιδιά ασφαλισμένων και συνταξιούχων του ΟΓΑ. | **α)** Στην περίπτωση που απαιτείται πρόσφατη γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου για την πάθηση του αιτούντος, αυτή θεωρείται πρόσφατη εφόσον έχει εκδοθεί εντός ενός έτους από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης.<br>**β)** Η βεβαίωση του Δημάρχου ή του Προέδρου της Κοινότητας για τη διαμονή και βιοποριστική απασχόληση των γονέων του αιτούντος κατά την τριετία πριν την υποβολή της αίτησης για συνταξιοδότηση καταργείται. |
| 10. | Προσαύξηση του ποσού της σύνταξης γήρατος του ΟΓΑ λόγω τυφλότητας | Στην περίπτωση που απαιτείται πρόσφατη γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου για την πάθηση του αιτούντος, αυτή θεωρείται πρόσφατη εφόσον έχει εκδοθεί εντός ενός έτους από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης. |
| 11. | Χορήγηση πολυτεκνικού επιδόματος ΟΓΑ | Η ληξιαρχική πράξη θανάτου μητέρας, όταν το επίδομα αντί της μητέρας λαμβάνει ο πολύτεκνος πατέρας με 3 παιδιά, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον γίνει γνωστό το ληξιαρχείο). |
| 12. | Επιδόματα παραπληγίας / τετραπληγίας | **α)** Η ληξιαρχική πράξη γέννησης, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον γίνει γνωστό το λιξιαρχείο).<br>**β)** Η βεβαίωση ανταποκριτή ΟΓΑ, αναζητείται υπηρεσιακά. |

| | | |
|---|---|---|
| 13. | Επίδομα μητρότητας ΟΓΑ | **α)** Η βεβαίωση ανταποκριτή ΟΓΑ, αναζητείται υπηρεσιακά<br>**β)** Η ληξιαρχική πράξη γέννησης, όπου απαιτείται, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον γίνει γνωστό το ληξιαρχείο)<br>**γ)** Η ληξιαρχική πράξη θανάτου, σε περίπτωση θανάτου της ασφαλισμένης, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον γίνει γνωστό το ληξιαρχείο). |
| 14. | Έξοδα κηδείας / ανείσπρακτες συντάξεις | **α)** Η ληξιαρχική πράξη θανάτου, αναζητείται υπηρεσιακά (εφόσον γίνει γνωστό το ληξιαρχείο).<br>**β)** Η βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης, αναζητείται υπηρεσιακά. |

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 4 Ιουνίου 2003

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
**ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ**

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
**ΡΟΒΕΡΤΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ**

---

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/10548 (2)

Τροποποίηση της κοινής υπουργικής απόφασης ΔΙΑΔΠ/Α1/13310 ΦΕΚ 906/Β/17.7.2002, διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002.

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Την ΔΙΑΔΠ/Α1/13310 κοινή υπουργική απόφαση «Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.)» ΦΕΚ 906/Β/17.7.2002.

5. Την Π3α/Φ11/ΓΠ.οικ. 12395/7.2.2003 κοινή υπουργική απόφαση «Χορήγηση Δελτίου Μετακίνησης σε Άτομα με Αναπηρίες για το έτος 2003» ΦΕΚ 151/Β/13.2.2003.

6. Την 2/69883/0020 κοινή υπουργική απόφαση «Έναρξη λειτουργίας περιφερειακών υπηρεσιών Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) ΦΕΚ 1523/Β/4.12.2002 των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

7. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 39/Α/1997).

8. Την ΔΙΔΚ/Φ1/2/22875/31.10.2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτ. Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

9. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

10. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Τροποποιούμε με βάση τις μνημονευόμενες στις παραγράφους 5 και 6 του προοιμίου διατάξεις, την κοινή υπουργική απόφαση ΔΙΑΔΠ/Α1/13310 ΦΕΚ 906/Β/17.7.2002, με την οποία καθορίστηκαν διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας να διεκπεραιώνονται και μέσω των ΚΕΠ, σύμφωνα με το άρθρο 31 του Ν. 3013/2002, αντικαθιστώντας τα έντυπα - αιτήσεων των πιο κάτω διοικητικών διαδικασιών:

Θέματα Υγείας

1. Έκδοση βιβλιαρίου ασθενείας Δημοσίων Υπαλλήλων (για προστατευόμενα μέλη).

2. Έγκριση εξόδων μετακίνησης ασφαλισμένων δημόσιου (για νοσηλεία) από πόλη σε πόλη.

3. Έγκριση εξόδων οδοντοθεραπείας ασφαλισμένων δημοσίου.

4. Έγκριση εξόδων αποκλειστικής νοσοκόμας (μόνο νυκτός) για ασφαλισμένους δημοσίου.

Θέματα Πρόνοιας

5. Χορήγηση Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ με τα μαζικά μέσα συγκοινωνίας.

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλην αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

## Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίου ασθενείας Δημοσίων Υπαλλήλων (για προστατευόμενα μέλη) »**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ΠΡΟΣ:** | * | Αριθμός Πρωτοκόλλου | Ημερομηνία | **Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου** |
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία | | |

***Υ.Π.Α.Δ. οικείου Νομού ή οικείας Ν.Α.**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | Επώνυμο: | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | Α.Φ.Μ: | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης[(1)]: | | | Τόπος Γέννησης: | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα αναγραφόμενα (κατά περίπτωση) στο **απογραφικό Δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου.**

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:** Ο άμεσα ασφαλισμένος συμπληρώνει το απογραφικό δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου που προμηθεύεται από την Υπηρεσία του (αναγράφει τα στοιχεία των προστατευομένων μελών για τα οποία αιτείται την έκδοση του βιβλιαρίου ασθενείας, κλπ) και στη συνέχεια, πριν να το υποβάλει στο Κ.Ε.Π., το υπογράφει και το σφραγίζει ο Δ/ντής της Υπηρεσίας που ανήκει ο ασφαλισμένος.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:........................................................................................................
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.......................................................................
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

-------------------------------------------------------------------------------------------
-------------------------------------------------------------------------------------------
-------------------------------------------------------------------------------------------
-------------------------------------------------------------------------------------------
-------------------------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **Έκδοση βιβλιαρίου ασθενείας Δημοσίων Υπαλλήλων (για προστατευόμενα μέλη)** | | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα αναγραφόμενα (κατά περίπτωση) στο **απογραφικό Δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου.**

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:** Ο άμεσα ασφαλισμένος συμπληρώνει το απογραφικό δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου που προμηθεύεται από την Υπηρεσία του (αναγράφει τα στοιχεία των προστατευομένων μελών για τα οποία αιτείται την έκδοση του βιβλιαρίου ασθενείας, κλπ) και στη συνέχεια, πριν να το υποβάλει στο Κ.Ε.Π., το υπογράφει και το σφραγίζει ο Δ/ντής της Υπηρεσίας που ανήκει ο ασφαλισμένος.

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ) ΑΠΟ ΠΟΛΗ ΣΕ ΠΟΛΗ»**

| ΠΡΟΣ: | * | Αριθμός Πρωτοκόλλου | Ημερομηνία | Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου |
|---|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία | | |

***Υ.Π.Α.Δ. του οικείου Νομού ή της οικείας Ν.Α.**

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | | | Επώνυμο: | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | | | Α.Φ.Μ: | | | |
| Ημερομηνία γέννησης[(1)]: | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3] |
|---|---|---|---|
| 1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν. | □ | □ | |
| 2. Τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής του ιδιοκτήτη του μεταφορικού μέσου (εφόσον χρησιμοποιήθηκε) ή εξοφλητική απόδειξη του πρακτορείου, στην οποία πρέπει να επισυνάπτονται και τα αποκόμματα των εισιτηρίων, εφόσον χρησιμοποιήθηκαν τα κοινά μεταφορικά μέσα. | □ | □ | |
| 3. Βεβαίωση του Νοσοκομείου ή κλινικής από την οποία θα προκύπτει η εισαγωγή του ασθενή και η νοσηλεία. | □ | □ | □ |
| 4. Γνωμάτευση της αρμόδιας Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία πρέπει απαραίτητα να αιτιολογείται η ανάγκη μεταφοράς του ασθενή, η χρησιμοποίηση συνοδού, εφόσον απαιτείται και η χρησιμοποίηση μισθωμένου μεταφορικού μέσου εφόσον αυτό επιβάλλεται. | □ | □ | |
| **Για έξοδα μετακίνησης *μέσα στην ίδια πόλη σε χρόνιους νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση:*** | | | |
| 1. Κατάσταση πληρωμής σε δύο αντίτυπα. | □ | □ | |
| 2. Εγκριτική επιστολή του βιβλιαρίου ασθενείας, στην οποία θα αναγράφεται ο αριθμός των μετακινήσεων που θα συμπίπτει με τον αριθμό των εγκρινομένων αιμοκαθάρσεων. | □ | □ | |
| 3. Βεβαίωση της κλινικής στην οποία θα βεβαιώνεται ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων που έγιναν. Η βεβαίωση αυτή θα πρέπει να υπογράφεται από τον υπεύθυνο για τις αιμοκαθάρσεις γιατρό της κλινικής. | □ | □ | □ |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:** | | | |

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..........................................................................................................

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..........................................................................

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

--------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ(ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ) ΑΠΟ ΠΟΛΗ ΣΕ ΠΟΛΗ** | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)] |
|---|---|---|---|
| 1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής του ιδιοκτήτη του μεταφορικού μέσου (εφόσον χρησιμοποιήθηκε) ή εξοφλητική απόδειξη του πρακτορείου, στην οποία πρέπει να επισυνάπτονται και τα αποκόμματα των εισιτηρίων, εφόσον χρησιμοποιήθηκαν τα κοινά μεταφορικά μέσα. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Βεβαίωση του Νοσοκομείου ή κλινικής από την οποία θα προκύπτει η εισαγωγή του ασθενή και η νοσηλεία. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Γνωμάτευση της αρμόδιας Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία πρέπει απαραίτητα να αιτιολογείται η ανάγκη μεταφοράς του ασθενή, η χρησιμοποίηση συνοδού, εφόσον απαιτείται και η χρησιμοποίηση μισθωμένου μεταφορικού μέσου εφόσον αυτό επιβάλλεται. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Για έξοδα μετακίνησης *<u>μέσα στην ίδια πόλη σε χρόνιους νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση:</u>*** | | | |
| 1. Κατάσταση πληρωμής σε δύο αντίτυπα. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2.Εγκριτική επιστολή του βιβλιαρίου ασθενείας, στην οποία θα αναγράφεται ο αριθμός των μετακινήσεων που θα συμπίπτει με τον αριθμό των εγκρινομένων αιμοκαθάρσεων. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Βεβαίωση της κλινικής στην οποία θα βεβαιώνεται ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων που έγιναν. Η βεβαίωση αυτή θα πρέπει να υπογράφεται από τον υπεύθυνο για τις αιμοκαθάρσεις γιατρό της κλινικής. | ☐ | ☐ | ☐ |

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος: «ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ»**

| ΠΡΟΣ: | * | Αριθμός Πρωτοκόλλου | Ημερομηνία | Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου |
|---|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την ΥπηΠρεσία | | |

*Υ.Π.Α.Δ. του οικείου Νομού ή της οικείας Ν.Α.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | | Επώνυμο: | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | | Α.Φ.Μ: | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(1): | | | Τόπος Γέννησης: | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| **1.** Εντολή βιβλιαρίου νοσηλείας (συνταγολόγιο) Για ποσό άνω των € 44 απαιτείται αρχική έγκριση (προέγκριση) και τελική έγκριση μετα το πέρας των εργασιών. Για ποσό κάτω των € 44 (για μια μόνο φορά το χρόνο) δεν απαιτείται αρχικός έλεγχος. Για οδοντοπροσθετικές εργασίες απαιτείται αρχική και τελική έγκριση ανεξαρτήτως ποσού. | □ | □ | |
| **2.** Απόδειξη παροχής υπηρεσιών. | □ | □ | |
| **3.** Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν. | □ | □ | |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:** | | | |

| **Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
|---|
| □ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:.......................................................................................................... <br> □ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας <br> □ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.......................................................................... <br> □ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας |

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

---------------------------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ** | | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3] |
|---|---|---|---|
| 1. Εντολή βιβλιαρίου νοσηλείας (συνταγολόγιο) Για ποσό άνω των € 44 απαιτείται αρχική έγκριση (προέγκριση) και τελική έγκριση μετα το πέρας των εργασιών. Για ποσό κάτω των € 44 (για μια μόνο φορά το χρόνο) δεν απαιτείται αρχικός έλεγχος. Για οδοντοπροσθετικές εργασίες απαιτείται αρχική και τελική έγκριση ανεξαρτήτως ποσού. | ☐ | ☐ | |
| 2. Απόδειξη παροχής υπηρεσιών. | ☐ | ☐ | |
| 3. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν. | ☐ | ☐ | |

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΑΣ (ΜΟΝΟ ΝΥΚΤΟΣ)- ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ»**

| ΠΡΟΣ: | * | Αριθμός Πρωτοκόλλου | Ημερομηνία | Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου |
|---|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία | | |

***Υ.Π.Α.Δ. οικείου Νομού ή οικείας Ν.Α.**

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | Επώνυμο: | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | Α.Φ.Μ: | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(1): | | Τόπος Γέννησης: | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| 1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων. | ☐ | ☐ | |
| 2. Βεβαίωση γιατρού Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή του νόμιμου αναπληρωτή του (βεβαιουμένού από τη γραμματεία) ότι έχει ανάγκη αποκλειστικής για ........ αριθμό νυκτών. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Απόδειξη αποκλειστικής νοσοκόμας θεωρημένης για τη γνησιότητα της υπογραφής της και την χρησιμοποίησή της από τη Δ/νουσα αδελφή του νοσοκομείου, θέτοντας και την επίσημη σφραγίδα του νοσοκομείου. | ☐ | ☐ | |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

- Όταν η νοσηλεία γίνεται σε Ιδιωτική Κλινική, απαιτείται έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή ιατρού του Δημοσίου για το πρώτο 15νθήμερο και σε περίπτωση παράτασης άλλων 15 νυκτών, έγκριση από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή.
- Για χρήση νυχτερινής αποκλειστικής σε Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα για τις πρώτες 30 νύκτες δε χρειάζεται έγκριση, ενώ για παράταση άλλων 30 νυκτών απαιτείται έγκριση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:.......................................................................................................

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...........................................................................

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΑΣ (ΜΟΝΟ ΝΥΚΤΟΣ)- ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ** | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3] |
|---|---|---|---|
| **1.** Αναλυτική κατάσταση εξόδων. | □ | □ | |
| **2.** Βεβαίωση γιατρού Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή του νόμιμου αναπληρωτή του (βεβαιουμένου από τη γραμματεία) ότι έχει ανάγκη αποκλειστικής για ........ αριθμό νυκτών. | □ | □ | □ |
| **3.** Απόδειξη αποκλειστικής νοσοκόμας θεωρημένης για τη γνησιότητα της υπογραφής της και την χρησιμοποίησή της από τη Δ/νουσα αδελφή του νοσοκομείου, θέτοντας και την επίσημη σφραγίδα του νοσοκομείου. | □ | □ | |

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

## Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : « Χορήγηση Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ με τα μαζικά μέσα συγκοινωνίας»**

| ΠΡΟΣ: | * | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
|---|---|---|---|
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία* | |

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ο – Η Όνομα: | | | Επώνυμο: | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | | Α.Φ.Μ: | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(1): | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | Ε – mail: | | | |
| Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης | | | | Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας | | | |
| | | | | | | | |

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | Ε – mail: | |

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| **1.** Γνωμάτευση πρωτοβάθμιων Υγειονομικών Επιτροπών* | ☐ | ☐ | |
| **2.** Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο διπλής όψης της αστυνομικής ταυτότητας. | ☐ | ☐ | |
| **3.** Συμφωνητικό μίσθωσης κατοικίας ή ένα εκ των λογαριασμών Δεη, ΟΤΕ, Ύδρευσης, Κινητής Τηλεφωνίας που εκδίδεται στο όνομα του δικαιούχου του δελτίου. Σε περίπτωση που δεν προκύπτει η μόνιμη κατοικία από κανένα εκ των παραπάνω εγγράφων, δηλώνεται με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86. | ☐ | ☐ | |
| **4.** Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες** | ☐ | ☐ | |
| **5. Οι δικαιούχοι των δελτίων δωρεάν μετακίνησης**, συνυποβάλλουν φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος της οικείας Οικονομικής Εφορίας για το προηγούμενο οικονομικό έτος, ενώ στην περίπτωση που ο δικαιούχος δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση, το δηλώνει με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ για την παραλαβή όμοιου αντιτύπου για το σχετικό έλεγχο-*** | ☐ | ☐ | |
| **6.** Όσοι προσέρχονται στις Δ/νσεις – Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των Ν.Α Αθηνών – Πειραιώς (πλην νήσων), Αν. Αττικής, Δυτ. Αττικής και Θες/νικης, με τα ανωτέρω δικαιολογητικά για να λάβουν το Δελτίο Μετακίνησης – εφόσον κριθούν δικαιούχοι – απαραίτητο είναι να προσκομίζουν το ασφαλιστικό Βιβλιάριο Υγείας, στο πίσω εξώφυλλο του οποίου, ο αρμόδιος υπάλληλος που χορηγεί το Δελτίο, μονογράφει, σημειώνοντας και την ημερομηνία παράδοσης αυτού και το σφραγίζει. | ☐ | ☐ | |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

***α)** Αναγράφεται το παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας (τουλάχιστον 67%). Σε περίπτωση που δεν έχει λήξει το χρονικό διάστημα για το οποίο έχει χορηγηθεί η ανωτέρω γνωμάτευση, τότε δε θα προσκομισθεί νέα.

**β)** Οι συνταξιούχοι με αναπηρική σύνταξη του ΟΓΑ, προσκομίζουν το αντίστοιχο απόκομμα σύνταξης (στο οποίο υπάρχει τυπωμένος ο χαρακτήρας «Α»).

**γ)** Στη Ν.Α. Λαρίσης κατ' εφαρμογή της απόφασης Π3α/Φ80/οικ.907/1-3-2001 για την πιλοτική εφαρμογή της κάρτας αναπηρίας, γίνονται δεκτές οι γνωματεύσεις – πιστοποιητικά που εκδίδονται από τις αρμόδιες επιτροπές καθώς και η προσωρινή ή ισόβια κάρτα αναπηρίας που χορηγείται από το Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας.

** Ειδικά οι ολικά τυφλοί και οι βαριά νοητικά υστερούντες με δείκτη νοημοσύνης 30 και κάτω που δικαιούνται Δελτίο Συνοδού, πρέπει να συνυποβάλλουν τρεις (3) ίδιες φωτογραφίας από τις οποίες η μία επικολλάται στο Δελτίο του Συνοδού.

***Οι δικαιούχοι που υπερβαίνουν το όριο εισοδήματος των 17.000 € ατομικό και 23.000 € οικογενειακό, δικαιούνται Δελτίο Μετακίνησης με έκπτωση 50% στις διαδρομές των υπεραστικών ΚΤΕΛ και του ΟΣΕ μόνο.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………

## ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ:

Σύμφωνα με την Π3α/Φ11/ΓΠ.οικ 12395/7-2-2003 ΚΥΑ (άρθρο 1) για το έτος 2003 χορηγείται Δελτίο Μετακίνησης στα Άτομα με Αναπηρίες (ΑμεΑ) που έχουν παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας

τουλάχιστον 67% και στους συνοδούς των ολικά τυφλών και των ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση με δείκτη νοημοσύνης 30 και κάτω, που το ετήσιο συνολικό δηλωθέν εισόδημα τους δεν ξεπερνά τα 17.000 € ατομικό ή 23.000 € οικογενειακό, το οποίο προσαυξάνεται με 4.000 € για κάθε επιπλέον άτομο πέραν του ενός, που συνοικεί και βαρύνει το φορολογούμενο καθώς και για τον / την σύζυγο, εφόσον παρουσιάζει αναπηρία 67% και άνω.
Ως εισόδημα εννοείται το φορολογούμενο πραγματικό ή τεκμαρτό εισόδημα και το απαλλασσόμενο ή φορολογούμενο με ειδικό τρόπο.
Οι ολικά τυφλοί και οι συνοδοί τους εξαιρούνται και λαμβάνουν Δελτίο – Κουπόνι ανεξάρτητα από το όριο εισοδήματός τους.
**Ειδικότερα:**

- Στα άτομα με αναπηρίες ελληνικής υπηκοότητας, Κυπρίους, υπηκόους ελληνικής καταγωγής, υπηκόους Κρατών – Μελών της Ε.Ε, υπηκόους Κρατών που περιλαμβάνονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν.Δ. 4017/59 (ΦΕΚ 246/Α/59) που κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα και έχουν παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, παρέχεται το δικαίωμα της μετακίνησης με μειωμένο εισιτήριο κατά 50%: α) Σε όλες τις διαδρομές εσωτερικού των υπεραστικών λεωφορείων των ΚΤΕΛ, β) Σε όλες τις διαδρομές του εσωτερικού δικτύου του ΟΣΕ
- Στα άτομα με αναπηρίες ελληνικής υπηκοότητας, Κυπρίους, υπηκόους ελληνικής καταγωγής, υπηκόους Κρατών – Μελών της Ε.Ε, υπηκόους Κρατών που περιλαμβάνονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν.Δ. 4017/59 (ΦΕΚ 246/Α/59) που διαμένουν μόνιμα: στην Περιφέρεια Αττικής (Ν.Α. Αθηνών, Πειραιώς, Δυτικής και Ανατολικής Αττικής), στην Ν.Α. Θες/νίκης και στους κατοίκους των λοιπών Ν.Α. της χώρας και έχουν το προαναφερόμενο παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, παρέχεται το δικαίωμα της **δωρεάν μετακίνησης** με τα αστικά μέσα συγκοινωνίας του ΟΑΣΑ (μπλε λεωφορεία ΕΘΕΛ, ΗΣΑΠ, ΗΛΠΑΠ, ΑΤΤΙΚΟ ΜΕΤΡΟ) – του ΟΑΣΘ και των Αστικών ΚΤΕΛ του Νομού που διαμένουν μόνιμα.

**ΧΡΟΝΟΣ :**
**Α)** Οι δικαιούχοι που διαμένουν στις Ν.Α Αττικής και Ν.Α Θεσσαλονίκης παραλαμβάνουν τα δελτία σε συγκεκριμένες προβλεπόμενες προθεσμίες από τις Δ/νσεις Πρόνοιας. **Β)** Όλοι οι υπόλοιποι δικαιούχοι εκτός αυτών που διαμένουν στις ως άνω Ν.Α. παραλαμβάνουν το δελτίο εντός 10 ημερών, από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------
------------------------------------------------------------------------

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

| | | | |
|---|---|---|---|

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Αίτημα:** | **Χορήγηση Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ με τα μαζικά μέσα συγκοινωνίας** | | |
| **Υπηρεσία Υποβολής:** | | | |
| **Αριθμ. Πρωτοκόλλου:** | | **Ημ/νια αιτήματος:** | |
| **Αρμόδιος Υπάλληλος:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |
| **Αιτών:** | **Όνομα:** | **Επώνυμο:** | |

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ | ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3) |
|---|---|---|---|
| 1. Γνωμάτευση πρωτοβάθμιων Υγειονομικών Επιτροπών* | ☐ | ☐ | |
| 2. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο διπλής όψης της αστυνομικής ταυτότητας. | ☐ | ☐ | |
| 3. Συμφωνητικό μίσθωσης κατοικίας ή ένα εκ των λογαριασμών Δεη, ΟΤΕ, Ύδρευσης, Κινητής Τηλεφωνίας που εκδίδεται στο όνομα του δικαιούχου του δελτίου. Σε περίπτωση που δεν προκύπτει η μόνιμη κατοικία από κανένα εκ των παραπάνω εγγράφων, δηλώνεται με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86. | ☐ | ☐ | |
| 4. Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες** | ☐ | ☐ | |
| 5. **Οι δικαιούχοι των δελτίων δωρεάν μετακίνησης**, συνυποβάλλουν φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος της οικείας Οικονομικής Εφορίας για το προηγούμενο οικονομικό έτος, ενώ στην περίπτωση που ο δικαιούχος δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση, το δηλώνει με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 θεωρημένη από την αρμόδια Δ.Ο.Υ για την παραλαβή όμοιου αντιτύπου για το σχετικό έλεγχο-*** | ☐ | ☐ | |
| 6. Όσοι προσέρχονται στις Δ/νσεις – Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των Ν.Α Αθηνών – Πειραιώς (πλην νήσων), Αν. Αττικής, Δυτ. Αττικής και Θες/νικης, με τα ανωτέρω δικαιολογητικά για να λάβουν το Δελτίο Μετακίνησης – εφόσον κριθούν δικαιούχοι – απαραίτητο είναι να προσκομίζουν το ασφαλιστικό Βιβλιάριο Υγείας, στο πίσω εξώφυλλο του οποίου, ο αρμόδιος υπάλληλος που χορηγεί το Δελτίο, μονογράφει, σημειώνοντας και την ημερομηνία παράδοσης αυτού και το σφραγίζει. | ☐ | ☐ | |

**ΧΡΟΝΟΣ : Α)** Οι δικαιούχοι που διαμένουν στις Ν.Α Αττικής και Ν.Α Θεσσαλονίκης παραλαμβάνουν τα δελτία σε συγκεκριμένες προβλεπόμενες προθεσμίες από τις Δ/νσεις Πρόνοιας. **Β)** Όλοι οι υπόλοιποι δικαιούχοι εκτός αυτών που διαμένουν στις ως άνω Ν.Α. παραλαμβάνουν το δελτίο εντός 10 ημερών, από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν
**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 2 Ιουνίου 2003

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
**ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ**

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
**ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ**

# ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

## ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 YPET GR * FAX 210 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http: www.et.gr – e-mail: webmaster @ et.gr

**Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000-4**
**Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924**
**Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8**

## ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ** - Βασ. Όλγας 227 **(2310) 423 956**
**ΠΕΙΡΑΙΑΣ** - Ευριπίδου 63 **(210) 413 5228**
**ΠΑΤΡΑ** - Κορίνθου 327 **(2610) 638 109**
**(2610) 638 110**
**ΙΩΑΝΝΙΝΑ** - Διοικητήριο **(26510) 87215**
**ΚΟΜΟΤΗΝΗ** - Δημοκρατίας 1 **(25310) 22 858**
**ΛΑΡΙΣΑ** - Διοικητήριο **(2410) 597449**
**ΚΕΡΚΥΡΑ** - Σαμαρά 13 **(26610) 89 157**
**(26610) 89 105**
**ΗΡΑΚΛΕΙΟ** - Πλ. Ελευθερίας 1 **(2810) 396 409**
**ΛΕΣΒΟΣ** - Αγ. Ειρήνης 10 **(22510) 37 181**
**(22510) 37 187**

## ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

**Σε έντυπη μορφή:**
- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 40 σελίδες 1 euro.
- Για τα ΦΕΚ από 40 σελίδες και πάνω η τιμή προσαυξάνεται κατά 0,05 euro για κάθε επιπλέον σελίδα.

**Σε μορφή CD:**

| Τεύχος | Περίοδος | EURO |
|---|---|---|
| Α.Ε. & Ε.Π.Ε. | Μηνιαίο | 60 |
| Α΄ και Β΄ | 3μηνιαίο | 75 |
| Α΄, Β΄ και Δ΄ | 3μηνιαίο | 90 |
| Α΄ | Ετήσιο | 180 |
| Β΄ | Ετήσιο | 210 |
| Γ | Ετήσιο | 60 |
| Δ΄ | Ετήσιο | 150 |
| Παράρτημα | Ετήσιο | 75 |
| Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.) | Ετήσιο | 75 |
| Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) | Ετήσιο | 75 |
| Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.) | Ετήσιο | 75 |
| Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου | Ετήσιο | 75 |
| Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων | Ετήσιο | 75 |

Η τιμή πώλησης του Τεύχους Α.Ε. & Ε.Π.Ε. σε μορφή CD - rom για δημοσιεύματα μετά το 1994 καθορίζεται σε 30 euro ανά τεμάχιο, ύστερα από σχετική παραγγελία.
Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 0,15 euro ανά σελίδα

## ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

| | Σε έντυπη μορφή | | Από το Internet | |
|---|---|---|---|---|
| Τεύχος | Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531 | Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512 | Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531 | Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512 |
| | euro | euro | euro | euro |
| Α΄ (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.) | 205 | 10,25 | 176 | 8,80 |
| Β΄ (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.) | 293 | 14,65 | 205 | 10,25 |
| Γ΄ (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων) | 59 | 2,95 | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Δ΄ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.) | 293 | 14,65 | 147 | 7,35 |
| Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.) | 147 | 7,35 | 88 | 4,40 |
| Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.) | 59 | 2,95 | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.) | 30 | 1,50 | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Δελτίο Εμπορικής και Βιομ/κής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.) | 59 | 2,95 | 30 | 1,50 |
| Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.) | ΔΩΡΕΑΝ | - | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π. | ΔΩΡΕΑΝ | - | ΔΩΡΕΑΝ | - - |
| Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε. | 2.054 | 102,70 | 587 | 29,35 |
| Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.) | 205 | 10,25 | 88 | 4,40 |
| Α΄, Β΄ και Δ΄ | | | 352 | 17,60 |

Το κόστος για την ετήσια συνδρομή σε ηλεκτρονική μορφή για τα προηγούμενα έτη προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής του έτους 2003 κατά 6 euro ανά έτος παλαιότητας και κατά τεύχος

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
* Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι την 31ην Δεκεμβρίου κάθε έτους.
* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γράμματια δεν γίνονται δεκτά.

**Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00΄ έως 13.00΄**

**ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**